Münster 1936 No 272

Med DiSS

Aus dem Gerichtsärztlichen Institut der Medizinischen Akademie Düsseldorf.
Direktor: Professor Dr. Berg.

Die rechtliche Beurteilung der Kindestötung in oder bald nach der Geburt,

dargestellt auf Grund der im Gerichtsärztlichen Institut der Medizinischen Akademie zu Düsseldorf zur Sektion gekommenen Fälle von fraglichem Kindesmord.

★

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Würde eines Doctor medicinae
vorgelegt der Hohen Medizinischen Fakultät
der Medizinischen Akademie zu Düsseldorf
in Gemeinschaft mit der
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Münster
von

Eleonora Rennebaum
aus Gladbeck i. Westfalen.

Referent: Professor Dr. Berg.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Hiermit versichere ich an Eidesstatt, daß ich die vorliegende Arbeit ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt habe.

Eleonora Rennebaum.

Die rechtliche Beurteilung der Kindestötung in oder bald nach der Geburt, dargestellt auf Grund der im Gerichtsärztlichen Institut der Medizinischen Akademie zu Düsseldorf zur Sektion gekommenen Fälle von fraglichem Kindesmord.

Vorbemerkung.

Das Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich sagt im 16. Abschnitt des 2. Teiles unter der Überschrift „Verbrechen und Vergehen wider das Leben" im § 217:

> Eine Mutter, welche ihr uneheliches Kind in oder gleich nach der Geburt vorsätzlich tötet, wird mit Zuchthaus nicht unter 3 Jahren bestraft. Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter 2 Jahren ein.

Dieser Paragraph handelt vom Kindesmord als einer absichtlichen Tötung des Neugeborenen. Dazu bestimmt § 90 der Strafprozeßordnung des Deutschen Reiches:

> Bei Öffnung der Leiche eines neugeborenen Kindes ist die Untersuchung insbesondere auch darauf zu richten, ob es nach oder während der Geburt gelebt habe, und ob es reif oder wenigstens fähig gewesen sei, das Leben außerhalb des Mutterleibes fortzusetzen.

Das Strafgesetzbuch nimmt also von dem Mord nach § 211:

> Wer vorsätzlich einen Menschen tötet, wird, wenn er die Tötung mit Überlegung ausgeführt hat, wegen Mordes mit dem Tode bestraft.

die Tötung des Neugeborenen durch die eigene uneheliche Mutter aus. Dasselbe gilt auch vom § 212:

> Wer vorsätzlich einen Menschen tötet, wird, wenn er die Tötung nicht mit Überlegung ausgeführt hat, wegen Totschlags mit Zuchthaus nicht unter 5 Jahren bestraft.

Dagegen nimmt die Strafbestimmung über die fahrlässige Tötung auf das uneheliche Neugeborene keine Rücksicht. Eine fahrlässige Tötung bei der Geburt wird also nach dem § 222 geahndet, der lautet:

> Wer durch Fahrlässsigkeit den Tod eines Menschen veranlaßt, wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren bestraft. Wenn der Täter zu der Aufmerksam-

keit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet war, so kann die Strafe bis auf 5 Jahre Gefängnis erhöht werden.

Es scheint mir auch nicht ausgeschlossen, daß auch der § 221 „Aussetzung" auf das Neugeborene angewandt werden kann. Es heißt da:

Wer eine wegen jugendlichen Alters, Gebrechlichkeit oder Krankheit hilflose Person aussetzt, oder wer eine solche Person, wenn dieselbe unter seiner Obhut steht, oder wenn er für die Unterbringung, Fortschaffung oder Aufnahme derselben zu sorgen hat, in hilfloser Lage vorsätzlich verläßt, wird mit Gefängnis nicht unter 3 Monaten bestraft.

Wird die Handlung von leiblichen Eltern gegen ihr Kind begangen, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter 6 Monaten ein.

Ist durch die Handlung eine schwere Körperverletzung der ausgesetzten oder verlassenen Person verursacht worden, so tritt Zuchthausstrafe bis zu 10 Jahren und, wenn durch die Handlung der Tod verursacht worden ist, Zuchthausstrafe nicht unter 3 Jahren ein.

Indessen ist nach den Erfahrungen beim hiesigen Gericht dieser Paragraph keinem unserer Fälle zu Grunde gelegt worden.

Der Kindesmord wird somit als eine besondere Kategorie der vorsätzlichen Tötung aufgefaßt und dementsprechend milder bestraft als Mord oder Totschlag. Doch würde diese milde Bestrafung einer Mutter, die ihr eheliches Kind tötet, nicht zu Teil werden. Das Objekt der Tötung muß ein uneheliches Kind und der Täter die Kindesmutter sein. Außerdem muß die Tat „in oder gleich nach der Geburt" geschehen sein. „Vorsätzlich" bedeutet hier das Handeln mit Bewußtsein, d. h., die Mutter begeht mit „Wissen und Wollen sämtlicher Deliktsmerkmale", nach Ausdruck alter Gesetzbücher „williger Weise", die rechtswidrige Tat.

Bei der Durchsicht der Akten des Gerichtsärztlichen Institutes hier fand ich nun unter 130 Protokollen von Obduktionen kindlicher Leichen 1 Fall von Mord. Da dieser interessieren dürfte, führe ich ihn hier kurz an:

Die Hausangestellte G. hatte heimlich geboren und beabsichtigte das Neugeborene in fremde Pflege zu geben, was sie auch dem unehelichen Vater mitteilte. Derselbe erbot sich gleich, das Kind in einem Nachbarort zu Bekannten zu bringen, die es wohl gegen Entgelt aufziehen würden. Die G. war damit einverstanden, als sie aber lange Zeit nichts von den Pflegeeltern und ihrem Kinde hörte und der uneheliche Vater auf ihre Fragen mit Ausflüchten auswich, wurde sie mißtrauisch. Sie beschloß, sich persönlich nach dem Verbleib ihres Kindes zu erkundigen. Aber sie fand weder die Pflegeeltern noch ihr Kind und erstattete sofort Anzeige gegen den unehelichen Vater. Vor Gericht gestand dieser dann auch, daß er das Kind getötet habe. An einer abgelegenen Stelle habe er den Kopf des Kindes solange auf einen Stein aufgeschlagen, bis es tot gewesen sei. Die

Leiche habe er alsdann im Walde verscharrt. Dieselbe wurde dann von der Mordkommission auch tatsächlich, an der von dem Mörder bezeichneten Stelle, gefunden und die Obduktion ergab einwandfrei, daß die Schädelzertrümmerung die Todesursache war. Der uneheliche Vater wurde dann auch gemäß § 211 bestraft.

Von den übrigen Fällen entfielen 54 auf natürlichen Tod vor, in oder gleich nach der Geburt, 25 auf fahrlässige Kindestötung und endlich 50 auf Kindesmord.

Sei es nun, daß die Kindesleiche aus dem Rhein oder aus einem Teiche gefischt, im Walde oder beim Graben oder Pflügen entdeckt wurde, oder daß die Kindesmutter dem Arzt folgende Angaben macht: „Nachdem ich geboren hatte, legte ich das Kind neben mich hin, deckte es mit dem Oberbett zu, dann schlief ich vor Ermattung wieder ein. Als ich dann aufwachte, lag das Kind tot neben mir.“, der Verdacht eines Verbrechens steht stets im Vordergrund der Erwägung. Schon klarer scheint die Sache zu liegen, wenn die Kindesmutter zugibt, ein Kissen auf den Kopf des Kindes gelegt, oder den Mund des Kindes mit der Hand zugehalten zu haben, „damit es nicht so schreie und die Leute nichts merkten“. Jedoch ist der Nachweis der absichtlichen, vorsätzlichen Tötung oft trotz schwerer Verdachtsmomente nicht immer möglich.

Natürlich muß das Kind lebend geboren sein, denn ein totgeborenes Kind töten zu wollen, wäre ein Versuch am untauglichen Objekt. Aber der Arzt wird immer wieder von den Kindsmörderinnen hören, das Kind sei tot geboren und, um die Geburt zu verheimlichen, hätten sie das Kind entweder in eine Schublade, eine Schachtel, einen Korb, einen Eimer oder im Bett versteckt oder ins Wasser geworfen.

Das Entscheidende in diesen und anderen fraglichen Fällen ist für den Gutachter, den Nachweis des Gelebthabens zu erbringen. Dies läßt sich durch die verschiedenen Lebensproben bewerkstelligen. Die Wichtigsten hierbei sind die Lungen- und Magen-Darmproben. Jedoch führen auch diese nicht immer ausschließlich zum vollen Nachweis des stattgehabten Lebens. U n g a r hat schon darauf hingewiesen, daß die in die Lungen eingeatmete Luft wieder verschwinden kann. Der gerichtsärztliche Sachverständige darf daher aus luftleeren Lungen nie schließen, daß die Luftatmung nicht nachgewiesen ist. Es ist also notwendig, daß der Sachverständige mit Hilfe seiner medizinischen Kenntnisse alle begleitenden Umstände zur Klärung des Tatbestandes heranzieht. Und kann selbst dann der Beweis der absichtlichen Tötung noch nicht einwandfrei geführt werden, so muß die Anklage auf Kindesmord fallen gelassen werden und der Verdacht der fahrlässigen Tötung tritt nun zunächst in den Vordergrund. Unter den hiesigen Fällen erwies sich dieser Verdacht

in 19,2% als begründet. In den übrigen 42% der Fälle konnte nicht nur nicht Tötungsabsicht, sondern auch fahrlässige Tötung nicht nachgewiesen werden. Hier mußte der Kindestod vor, in oder gleich nach der Geburt auf natürliche Weise zustande gekommen sein. Die Ursachen dieses Todes sind, wie erwiesen, meist äußerlich schwer oder garnicht festzustellen und können nur mittels Obduktion der Leiche erwiesen werden.

Erfahrungsgemäß gehen die Kindsmörderinnen im allgemeinen wenig planvoll zu Werke. Sie wenden bei Ausübung der Tat eine Kraft an, deren Wirkung weit über das gewollte Ziel hinausschießt. Diese Tatsache ist insofern wertvoll für die forensische Beurteilung, als die Größe der Verletzung meist keinen Zweifel über die Tötungsabsicht aufkommen läßt. Doch kommen auch vereinzelt Fälle vor, wo Methoden angewandt werden, die nicht gleich ins Gesicht fallen. Diese Fälle machen aber nur einen ganz geringen Prozentsatz des Gesamtkontingents des Kindesmordes aus. So auch hier in Düsseldorf.

Wie bei Selbstmördern und Mördern in der Mehrzahl immer wieder besonders typische Methoden angewandt werden, sich oder andern das Leben zu nehmen, bevorzugen auch die Kindsmörderinnen bestimmte Methoden, das Kind umzubringen (Fritsch).

Nachstehende Tabelle gibt Aufschluß über Zahl und Arten der in Düsseldorf begangenen Kindesmorde.

Tabelle.

Kindesmorde durch:	Zahl
gewaltsames Ersticken	13
Erwürgen	8
Erdrosseln	7
Ertränken	11
Schädelzertrümmerung	8
Schädelzertrümmerung und Erwürgen	2
Nadelstich in den Kopf	1

Von den insgesamt im Düsseldorfer Gerichtsärztlichen Institut beobachteten und durch Sektion erwiesenen Fällen von Kindesmord entfallen — wie aus beigefügter Tabelle hervorgeht — auf die auch wohl sonst häufigeren Arten bei weitem der größte Teil. Dagegen habe ich in den Akten von den als seltenen und ungewöhnlichen Arten beschriebenen nur einen Fall gefunden und zwar die Tötung des Neugeborenen durch Nadelstich in den Kopf.

Es würde zu weit führen, hier nun die Obduktionsprotokolle aller 50 Fälle anzuführen. Ich greife daher von jeder Tötungsart einige Fälle heraus. Ganz unabhängig von der gerichtlichen Entscheidung, die hier weniger interessiert, will ich rein vom gerichtsmedizinischen Standpunkt darlegen, daß in allen angeführten Fällen die Absicht der Kindestötung vorlag.

Fall 1 (durch Knebel erstickt).

Vorgeschichte.

Am 24. 11. 11 hatte die 22jährige R. abends 8 Uhr geboren. Damit ein anderes Mädchen im Zimmer das Schreien nicht hören sollte, steckte sie dem Kind ein zusammengelegtes Taschentuch in den Mund und legte es in eine Schachtel, die sie am nächsten Morgen bei Lohhausen in eine Grube warf. Die behördlich angeordnete Sektion ergab:

a. Äußere Besichtigung.

Die frische Leiche des Neugeborenen ist 52,5 cm lang und 3500 g schwer. Kopfumfang 35 cm, Längsdurchmesser 12 cm, Querdurchmesser 9,5 cm. Leichenstarre noch vorhanden. Der Mund ist weit offen. Die Kiefer stehen 2,5 cm weit auseinander. Die Unterlippe ist nach unten umgekrempelt, weiß. Die Oberlippe ist dunkelrot, jederseits neben ihr eine bohnengroße Abschürfung der Oberhaut. Am Zungenrand ein 0,5 cm großer, blauroter Fleck. Keine Geburtsgeschwulst.

b. Innere Besichtigung.

Brusthöhle:

Gelber glasiger Schleim in Schlund und Speiseröhre. Epiglottis ist leicht angeschwollen, dunkelrot. Kehlkopf und Luftröhre sind graurot. Die Bronchien enthalten gelben Schleim. Die Lungen sind ganz lufthaltig, ihre Farbe ist hell, graurot und ziegelrot. An der Oberfläche viele Petechien. Auf der Schnittfläche der Lungen tritt überall Schaum hervor.

Bauchhöhle:

Im Magen sind nur wenig Luftblasen, er schwimmt nicht. Der Darm ist vollkommen ohne Luft.

Epikrise:

Der Obduktionsbefund ergab, daß das Kind gelebt hat, die Lungen- und Magenproben fielen positiv aus. Außerdem zeigte die Leiche alle Zeichen der Reife, das Kind war also vollauf lebensfähig. Daß das Kind gelebt hat, geht weiter aus den Angaben der Mutter hervor, die ja das Schreien — eine Lebensäußerung des Kindes — durch den Mundpropf unterdrückte. Diese Tatsache und die Beseitigung der Leiche, die sie in eine Schachtel legte und am folgenden Tag an entlegener Stelle fortwarf, erhellt einwandfrei, daß hier Tötungsabsicht vorlag.

Der Knebel übte hier als Fremdkörper einen starken Reiz auf die Schleimhäute des Rachens und des Kehlkopfs zu erhöhter

Sekretion, also Schleimbildung, aus und versetzte sie durch den mechanischen Druck in einen entzündlichen Reizzustand. Zweifellos waren nun durch diese Wirkung alle Vorbedingungen gegeben, um ein Haftenbleiben von Keimen zu ermöglichen, sowohl der durch das unsaubere Taschentuch eingeschleppten, als auch der stets im Munde vorkommenden, bei intakter Schleimhaut sonst ganz ungefährlichen. Sie fanden hier sehr rasch die günstigen lokalen und allgemeinen Bedingungen zur Ansiedlung und Vermehrung. Auf dem Lymphwege wurden sie dann weiter in die Umgebung getragen und so erklärt sich auch der Reiz zu der starken Exsudation in die Bronchien.

Fall 2 (durch Knebel erstickt).

Vorgeschichte.

Am 22. 5. 10 wurde im Spee'schen Graben ein in Papier gewickeltes Kind gefunden. Als Mutter wurde die Prostituierte Frau D. ermittelt. Sie hatte am 13. 5. geboren, hatte aber die Schwangerschaft und die Geburt geleugnet. Die angeordnete Sektion ergab:

a. Äußere Besichtigung.

Grünfaule Leiche, 51 cm lang, 2140 g schwer. Alle Zeichen der Reife, Knochenkern 2—3 mm. Die Oberhaut fehlt fast vollständig. Mund und Rachen sind bis zum Kehlkopfeingang mit 3 schwarzgrauen Wattebäuschchen ausgestopft. Die Kieferknochen lose und frei liegend mit 2 cm langen Maden darauf. Die Nabelschnur ist 1 cm lang, abgerissen.

b. Innere Besichtigung.

Brusthöhle:

Überall Fäulnisblasen, auch in den Lungen. Jedoch sind auch einzelne Teile der hinteren Lungen ohne Blasen aber mit luftgefüllten Alveolen.

Bauchhöhle:

Magen und Darm voll Luft. Außerdem Blasen unter dem Peritoneum. Die Organe schwimmen übrigens alle.

Epikrise:

Die Deutung dieses Befundes ist durch die vorgeschrittene Gasfäulnis besonders erschwert. Doch kann meist durch die histologische Untersuchung der Lungen entschieden werden, ob durch Atmung erweiterte Alveolen vorhanden sind. Die Arbeiten von Böhmer und besonders die von Förster im Többen'schen Institut für gerichtliche Medizin in Münster vorgenommenen Untersuchungen sind hierfür beweisend.

In diesem Falle leugnete die erst später entdeckte Kindesmutter alles, sowohl die Schwangerschaft als auch die Geburt und somit auch die Kindestötung. Aber schon der Umstand, daß Mund und

Rachen des Kindes mit Wattebäuschchen vollkommen ausgestopft waren, weist auf die gewaltsame Tötung durch Ersticken hin. Die Obduktion ergab auch einwandfrei, daß das lebende Kind erstickt wurde, obwohl die Lungen- und Magen-Darmprobe hier keine allzu große Bedeutung hatte, da die Leiche schon längere Zeit im Wasser gelegen hatte und überall Fäulnisblasen aufwies. Aber die Lungen enthielten trotzdem noch teilweise mit Luft gefüllte Alveolen. Diese Luft kann erfahrungsgemäß nur durch Atmung in die Lungen gekommen sein. Hier lag auch das Urteil des Schwurgerichts vor, welches die uneheliche Kindesmutter zu 4 Jahren Gefängnis verurteilte.

Fall 3 (erwürgt).

Vorgeschichte.

Das Dienstmädchen V. hatte am 10. 5. 12 geboren. Sie will am geborenen Hals des Kindes gezogen haben. Dieses sei alsdann auf den Boden gefallen und tot gewesen. Die angeordnete Sektion ergab:

a. Äußere Besichtigung.

Die Leiche des reifen Neugeborenen ist 49 cm lang, 3160 g schwer. An der rechten Schläfe braunrote Verfärbung der Haut mit Bluterguß. Am Hals Würgespuren: rechts ein blauroter Streifen, der aus kleinen Kratzwunden durchsetzt ist, links, 3 cm hinter dem Ohr, vier sich kreuzende Nageleindrücke. Die Halshaut und Muskeln sind blutunterlaufen, auch die Haut des Kopfes größtenteils. Geburtsgeschwulst blutig, links hinten. Nabelschnur ist 19 cm lang und an ihrem freien Ende fetzig.

b. Innere Besichtigung.

Brusthöhle:

Die Lungen sind lufthaltig, oedematös, mit großen Petechien. Mund und Rachen sind blutbedeckt. Die Epiglottis ist sugilliert, desgleichen die Speiseröhre im oberen Drittel. Im Kehlkopf flüssiges Blut.

Bauchhöhle: Magen und oberer Dünndarm sind voll Luft. Das Blut ist flüssig.

Epikrise:

Die Obduktion ergab keinen pathologischen Befund, der den Tod des Kindes erklären könnte. Das Neugeborene war reif, lebensfähig und hat gelebt. Lungen sowie Magen und oberer Dünndarm waren stark lufthaltig und erwiesen sich bei der Schwimmprobe als schwimmfähig. Bei der äußeren Besichtigung fand man Spuren einer Gewalteinwirkung, die nach den Angaben der Kindesmutter Spuren der Selbsthilfe sein sollten, d. h. die Mutter will den aus der Vulva hervorragenden Kindesteil erfaßt und an ihm gezogen haben. Diese Griffe werden natürlich vom Geburtshelfer und von der Hebamme fast nie oder doch nur ganz vereinzelt beobachtet. Hier kann

die Mutter ja auch ruhig und vertrauensvoll die Geburt abwarten, denn sie hat erfahrene, tüchtige Helfer um sich. Anders dagegen ist es bei der heimlich Gebärenden. Sie möchte, aus Angst entdeckt zu werden, die Geburt möglichst schnell beenden und greift daher eher zur Selbsthilfe (Fritsch). Jörg nahm sogar als regelmäßig an, daß die Kreißende „sich bestrebt, indem sie in den Scheidenausgang hineingreift, den vorliegenden Kindsteil zu fassen und hervorzuziehen". Und wieder nach Fritsch sind die Spuren der Selbsthilfe bei hervorragendem Kopf fast regelmäßig im Gesicht und am Halse lokalisiert. Er meint: „da nach der Geburt des Kopfes meist eine Wehenpause eintritt, dieser Zeitpunkt gerade zur Selbsthilfe auffordert. Der Hals liegt dann aber noch nicht ganz vor und deshalb seien Kratzspuren und Fingerabdrücke nur in der Tiefe des Halses jedenfalls verdächtig."

Hier waren aber typische Würgespuren in der Halshaut, diese und die Halsmuskeln waren stark blutunterlaufen, Kopf-, Lungen- und Halsorgane reichlich blutüberfüllt. Es liegt also der typische Befund eines Erstickungstodes vor, der hier nur durch Erwürgen hervorgerufen sein kann.

Fall 4 (erstickt durch die würgenden Hände).

Vorgeschichte.

Das Dienstmädchen S. hatte am 19. 12. 09 abends geboren. Im gleichen Bett schlief noch eine junge Schwester. Um nun das Schreien zu hindern, hatte sie den Hals des Kindes mit den Händen zugedrückt, die Nabelschnur abgerissen und die Leiche in einer Schachtel bis zum 7. 1. 10 verwahrt, alsdann in die Abortgrube geworfen, wo sie am 10. 1. herausgefischt wurde. Die behördlich angeordnete Sektion ergab:

a. Äußere Besichtigung.

Die Leiche des reifen Neugeborenen ist 54 cm lang, 3500 g schwer, Hautfarbe graugrün. Kopfumfang 34 cm, Querdurchmesser 12 cm, Längsdurchmesser 14 cm, Knochenkern 5 mm. Nabelschnur ist 13 cm lang und am freien Ende fetzig. Am Halse ist keine Gewalteinwirkung mehr sichtbar.

b. Innere Besichtigung.

Brusthöhle:

Die Lungen schwimmen in allen Teilen. Sie sind mit 2—3 mm großen Petechien übersät, von roter bis violetter Farbe, sehr blutreich und oedematös. Die Luftröhren enthalten graubraune Flüssigkeit, aber nur die großen Äste.

Bauchhöhle:

Im Magen ist eine Luftblase. Dünndarm nicht lufthaltig.

Kopfhöhle:

Das Gehirn ist noch leidlich erhalten und von rosa Farbe.

Epikrise:

Die Beurteilung dieses Falles ist einfach. Hier gibt die Kindesmutter selbst an, daß sie dem Kinde, um das Schreien zu verhindern, solange den Hals zugedrückt habe, bis es tot war. Als einzigen Beweis für die Erstickung fand man bei der Sektion nur die Blutüberfüllung der inneren Organe. Am Halse waren Würgespuren nicht mehr sichtbar. Das Kind war aber reif, lebensfähig und hat auch gelebt, wie die Lungenprobe erwies. Eine natürliche Erklärung für das frühe Absterben des Kindes konnte aus dem anatomischen Befund nicht abgeleitet werden. Es kann also als Todesursache nur die gewaltsame Erstickung in Frage kommen.

Fall 5 (Eimergeburt und Würgespuren).

Vorgeschichte.

Das 18jährige Kindermädchen S. war seit Januar 1929 schwanger. Es rechnete Mitte August mit der Geburt. Die Wehen begannen vom 17./18. August. Die S. setzte sich oft auf den Eimer. Um 10 Uhr gebar sie auf dem Eimer, in dem etwas Blut und Wasser war, das Kind. Sie stand auf, nahm es heraus und schnitt mit der Schere die Nabelschnur ab. Sie wickelte das Kind dann in ein Tuch, legte es in einem offenen Karton ins Bett und schlief bis die Mädchen kamen. Als sie hörte, daß der Arzt geholt wurde, nahm sie das Kind wieder aus dem Karton, sah angeblich um den Hals des Kindes eine dünne Schnur und wollte sie mit den Fingern lösen, schnitt sie aber dann mit der Schere durch. Die Nachgeburt kam erst im Krankenhaus.

Die Zeugin B. sah den Karton unter der Bettdecke hervorragen und hörte das Kind grausam stöhnen. Als die S. die Schnur durchschnitt, atmete es besser und schrie lauter. Das Kind lag nackt im Karton. Es starb erst abends, den 18., im Krankenhaus.

a. Äußere Besichtigung.

Die Leiche des weiblichen Neugeborenen ist 50 cm lang, 2750 g schwer. Kräftige Muskulatur und Fettpolster gut entwickelt. Haut blaurötlich, am Bauch grünlich. An den Schultern einige Wollhaare, kein Fäulnisgeruch. Kopfform länglich, bedeckt mit 1,5 cm langen, schwarzen, etwas gekräuselten Haaren, Umfang 30 cm, Längsdurchmesser 9,5 cm, Querdurchmesser 7 cm. Bindehäute weiß, Hornhäute getrübt. Sehlöcher beiderseits rund, 3,5 cm weit. Mund geschlossen, Lippensaum etwas vertrocknet. An der rechten Halsseite im Abstande von 1,5 cm untereinander liegende, umschriebene, etwa linsengroße Rötung. 2,5 cm seitlich davon und 3,5 cm unterhalb des Warzenfortsatzes ebenfalls eine etwas größere, umschriebene linsenförmige Rötung. Im Nabel haftet ein 3,5 cm langer Nabelschnurrest, dessen Ende vertrocknet ist. Der After ist offen und enthält sowie auch seine Umgebung etwas dunkelgrünes Kindspech. Knochenkern 5 mm.

b. Innere Besichtigung.

Brusthöhle:

In den Brusthöhlen kein Erguß, die Lungenränder berühren sich. Die Oberfläche der Lungen sieht dunkelrot aus, sie fühlen sich knisternd und

elastisch an. Über beide Lungen verstreut finden sich unter dem Rippenfell kleine bis bohnengroße Petechien. Beide Lungen schwimmen im Wasser vollständig. Beim Einschneiden entleert sich überall etwas schaumige, rötliche Flüssigkeit. Die Schleimhaut des Schlundes und der Luftröhre ist grauweiß. Luftröhre und Speiseröhre sind leer. Keine Bronchitis.

Bauchhöhle:

Beim Aufschneiden des Magens zeigt sich, daß die Schleimhaut des Magens an zahlreichen Stellen stecknadelkopfgroße Fehlstellen aufweist. Diese Fehlstellen sind von teerartigen, schwarzen Blutpünktchen bedeckt. In der erhaltenen Schleimhaut finden sich linsenförmige Blutungen, im Magenlumen selbst findet sich blutig-schleimige Flüssigkeit. Der Dünndarm ist leer. Der Dickdarm enthält Kindspech. Beide Nebennieren sind vergrößert, ziemlich derb, dunkel braunrot. Auf der Schnittfläche sind Rindenschicht und Markschicht nicht voneinander zu unterscheiden, da die ganze Schnittfläche durch Blutung rot verfärbt ist. Milz, Leber und Nieren ebenfalls dunkelrot.

Epikrise:

Die Todesursache ist hier wahrscheinlich in der Verkettung mehrerer Schädlichkeiten zu suchen. Das Kind ist zunächst in einen Eimer hinein geboren worden, ein wenig zweckmäßiger Aufenthaltsraum für ein Neugeborenes. Dazu kommt die zeitweise Bedeckung durch das Bett, wodurch die Atmung sicherlich stark behindert wurde. Ebenso wird auch der Versuch des Würgens seinen Teil zur Erstickung beigetragen haben, denn es sind Würgespuren am Halse sichtbar. Die Blutungen in den Nebennieren und Lungen sind wahrscheinlich eine Folgeerscheinung der Stauung durch behinderte Atmung. Das Kind war reif und lebensfähig, es hat geatmet, also auch gelebt.

Ein sonstiger anatomisch greifbarer Befund konnte den Tod des kräftigen gesunden Kindes nicht erklären. Die Angaben der Kindesmutter sind hier wenig glaubhaft, denn die Zeugin B. bekundete, das Kind im Karton nackt gesehen zu haben, während die Mutter angab, es in ein Tuch gehüllt zu haben. Immerhin konnte der Kindesmord nicht eindeutig bewiesen werden. Die Handlungsweise der Mutter war jedoch jedenfalls fahrlässig, indem sie das Neugeborene einfach in den Karton packte.

Fall 6 (erdrosselt mit einem seidenen Strumpf).

Vorgeschichte.

Am 20. 5. 28 fiel die Pflegerin T. ihrem im gleichen Zimmer schlafenden, gelähmten Pflegebefohlenen G. durch Stöhnen auf. Auch suchte sie oft den Abort auf. Da die T. am folgenden Tage sehr elend war, wurde der Arzt geholt, der Puerperium feststellte und die T. ins Krankenhaus schickte. Später fand das Mädchen beim Wäschesuchen in der Schublade des Kleiderschrankes eine Kindesleiche. Die behördlich angeordnete Sektion ergab:

a. Äußere Besichtigung.

Die Leiche des neugeborenen Knaben ist 58 cm lang, 4210 g schwer, regelmäßig gebildet. Alle Zeichen der Reife. Hautfarbe rötlichweiß. Totenflecke befinden sich an der Vorderseite. Fäulnisgeruch fehlt. Leichenstarre ist noch vorhanden. Kopf mit 24—30 cm langen Haaren bedeckt, Umfang 37 cm, Längsdurchmesser 12 cm, Querdurchmesser 9 cm, Schulterbreite 13 cm, Hüftbreite 9,5 cm. Bindehäute dunkelrot mit einigen punktförmigen Blutaustritten. Knorpel an Ohren und Nase fest. Öffnungen von Nase, Mund, Ohren frei. Zungenrand überragt 4 mm weit den Unterkiefer. Lippenschleimhaut vertrocknet, schwarzrot, Mundschleimhaut graurot. Um den Hals ist ein seidener Strumpf geschlungen und an der rechten Halsseite geknotet. Die auf diese Weise gebildete Schlinge ist der Halshaut so fest angelegt, daß der Finger nicht dazwischen gesteckt werden kann. Außerdem ist noch ein blaues Seidenband, eine Art Wäscheband, über die Strumpfschlinge gelegt und ebenfalls geknotet. Nach Entfernung der Schlingen zeigt sich mitten in der Halshaut vorn an der rechten Seite ein 25 mm langer querer, dunkelroter Streifen, welcher aus einer ganz oberflächlichen Abschürfung der Oberhaut besteht und an breitester Stelle 2 mm breit ist. An der Hinterseite des Halses findet sich eine weiße, 2 cm breite, gegen die überquellende weißrote Halshaut deutlich abgesetzte Furche, die nach den seitlichen Teilen des Halses zu undeutlich wird. Im Nabel haftet ein 14 cm langer Nabelschnurrest, er ist zu einem trockenen, braunroten, platten, 4 mm dicken Strang umgewandelt. Das freie Ende zeigt sich, im Wasser aufgeweicht, zerfetzt.

b. Innere Besichtigung.

Brusthöhle:

In den Brusthöhlen kein Erguß. Lungen bis zur Knorpelknochengrenze zurückgesunken, sie schwimmen auf dem Wasser, sind gebläht, schwammig, bunt gesprenkelt, hellgraurot und blauviolett. Im Überzug zahlreiche bis 5 mm große, schwarzrote Blutungen, besonders an der Hinterfläche der Lungen und am unteren Rande. Auf der grauroten Schnittfläche der Lungen auf Druck vorquellende weiße Schaumtröpfchen sichtbar. Luftröhrenäste ebenfalls mit Schaum gefüllt. Lungengefäße enthalten flüssiges Blut. Schleimhaut von Zunge und Schlund graurot, Kehldeckel dunkelrot, Kehlkopf und Luftröhre hellgraurötlich.

Bauchhöhle:

Bei der Magen-Darmschwimmprobe sinkt Dickdarm und etwa die Hälfte der Dünndarmschlingen unter, alles andere schwimmt auf dem Wasser. Magen enthält außer Luft glasigen Schleim, Schleimhaut rötlichweiß. Im Duodenum und oberen Dünndarm flockiges, gelbliches Kindspech. Der nicht geblähte Dünndarm enthält hellgrünes, der Dickdarm und Mastdarm dunkelgrünes Kindspech. Milz und Leber braunviolett, Nieren dunkelgraurot.

Kopfhöhle:

Nach Abklappen der beiden Schädeldachhälften zeigt sich das ganze Gehirn von einem Blutmantel umgeben. Das Blut ist dickflüssig, schwarzrot. Nach Entfernung der Hirnhalbkugeln zeigt sich eine dicke Blutschicht auf dem Zelt, nach Abwischen derselben wird auf der rechten Kleinhirnseite nahe dem freien Rande des Zeltes ein 15:7 mm großer Riß in der oberen Platte des Zeltes sichtbar. Am hinteren Rißrand kommt man mit der

Sonde auch durch die untere Platte hindurch. Auch unter dem Zelt eine beträchtliche Menge dickflüssigen Blutes. Gehirn sehr blutreich.

Epikrise:

Das Gutachten dieses Falles, von Herrn Med.-Rat Prof. Dr. Berg, dürfte hier interessieren, ich führe es daher im Auszug an:

Die Kindesmutter ist 1907 geboren, Tochter eines Bergarbeiters. Die Eltern seien gesund. Sie hat die Volksschule durchgemacht und war stets eine mittelmäßige Schülerin gewesen. Als Kind litt sie an Krämpfen mit Bewußtlosigkeit, denen ein „eigentümliches" Gefühl (Aura?) voraufging. Sie hatte die Anfälle auch auf der Straße und Nachts mit Einnässen, aber ohne Zungenbisse. Im Januar 1926 war sie von der Schaukel gefallen und lag deshalb 14 Tage in der Klinik in Münster wegen eines „Blutergusses ins Gehirn". Seitdem hatte sie seltener Anfälle, der letzte war 1928 zu Hause.

Mit 17 Jahren kam sie als Hausmädchen in die Klinik, später war sie dort Pflegerin. Am 13. 11. 28 gab sie die Stelle dort auf, um ihren Schwängerer zu heiraten. Die Sache zerschlug sich aber wieder, deshalb nahm sie im März die Stelle bei G. an. Sie war im Zweifel über ihre Schwangerschaft, hatte aber vorgehabt, in eine Gebäranstalt zu gehen. Sie sagte aus: Am 20. 5. Geburt. Ich hatte Nachts schon heftige Kreuz- und Rückenschmerzen, wegen heftigen Stuhldrangs ging ich zum Klosett. Mir wurde schlecht. Die Geburt ist mir nicht zum Bewußtsein gekommen. Ich zog wiederholt die Wasserspülung, es floß aber nicht ab. Das Kind habe ich erst später gesehen und herausgezogen, und im Schlafzimmer in die Schublade gelegt. „Damit es nicht solange leiden sollte", band ich ihm den Strumpf um den Hals, das blaue Band habe ich wohl mitgegriffen. Dies ist aber eine Stunde später geschehen, nachdem die Nachgeburt auch schon auf dem Klosett gekommen war. Das Kind hat keinerlei Lebenszeichen von sich gegeben.

Ertrunken oder erdrosselt? — Der Leichenbefund läßt beides zu. Er zeigte die üblichen Erstickungserscheinungen. Die Schnürfurche am Halse und die Abschürfung beweisen nicht eindeutig, daß sie dem lebenden Kinde zugefügt wurden. Auch ist anzunehmen, daß die Spülungen eine geraume Zeit dauerten, die wohl ausreichten, um ein Kind zu ertränken. Es ist aber auch nicht ausgeschlossen, daß das Kind durch den Aufenthalt im Wasser nur scheintot geworden war — Ertrunkene können bekanntlich auch nach längerer Zeit wiederbelebt werden — und daß erst die Erdrosselung den Tod herbeiführte. Diese Auffassung ist nicht zu widerlegen und findet ihre Stütze eben darin, daß sich die T. zur Umschnürung des Halses mit dem Strumpfe entschloß. Ihre hierfür gegebene Begründung: „Damit das Kind nicht solange leiden sollte" beweist, daß die T.

selbst das Kind für lebend hielt, also auch, daß sie das Kind töten wollte. Dieser sehr interessante Fall ist leider nicht gerichtlich geklärt worden. Die Kindesmutter verfiel während der Untersuchungshaft in Geisteskrankheit und mußte in eine Irrenanstalt überführt werden, das Verfahren wurde eingestellt.

Fall 7 (ertränkt).

Vorgeschichte.

Die H. will am 12. 11. 1910 abortiert haben und die Frucht weggeworfen haben. Letztere wurde aus der Abortgrube herausgeholt. Die Obduktion ergab:

a. Äußere Besichtigung.

Noch leidlich erhaltenes reifes Kind. Nabelschnur ist abgerissen, 10 cm lang, am freien Ende fetzig. Keine richtige Kopfgeschwulst.

b. Innere Besichtigung.

Brusthöhle:

Lungen sind mit zahllosen Fäulnisblasen bedeckt. Schlund, Anfang der Speiseröhre, Kehlkopf und Luftröhren bis in die feinsten Äste hinein sind mit dunkelgrünem, kotigem festen Inhalt gefüllt, der sich scharf von der hellviolettroten Lunge abhebt.

Bauchhöhle:

Im Magen und oberen Dünndarm ist Luft. Kotige Massen nur im Magen und Zwölffingerdarm.

Epikrise:

Die Kindesmutter gibt hierzu an, daß sie nach einem Abort die Frucht in die Jauchegrube geworfen hätte. Aber schon die äußere Besichtigung der Kindesleiche widerlegte die Aussagen der Kindesmutter. Es lag ein mit allen Zeichen der Reife versehenes, also lebensfähiges, Neugeborenes vor. Nun steht aber noch die Frage offen: hat die Mutter das Kind lebend oder tot in die Abortgrube geworfen? Hier gibt uns die innere Besichtigung Aufschluß. Diese ergab auch, daß das Kind gelebt hat, denn es hatte Luft geschluckt, wie der Magen- und Darmbefund bewiesen hat. Auch schreibt der Verfasser des Sektionsberichts über den kotigen Inhalt des Kehlkopfes und der Luftröhren bis in die feinsten Äste: „Derartige aspirierte Mengen habe ich noch nicht gesehen.“ Dies ist ebenfalls ein Beweis dafür, daß das Kind in der Flüssigkeit noch geamtet hat. Schon L e s s e r wies nach, daß die Ertränkungsflüssigkeit stets bis in die feinsten Bronchien gelangt.

Dieser Fall ist dadurch so bemerkenswert, weil trotz vorgeschrittener Fäulnis die Anfüllung der Luftwege mit Grubeninhalt ohne weiteres sichtbar war.

Die Kindesmutter hat hier absichtlich falsche Angaben gemacht, es ist daher aus diesen und oben besagten Gründen anzunehmen, daß sie das lebende Kind „williger Weise“ in der Abortgrube ertränkt hat.

Fall 8 (ertränkt).

Vorgeschichte.

Am 5. Mai 28 wurde an der Lauswart eine Kindesleiche aus dem Rhein gelandet.

a. Äußere Besichtigung.

Die Leiche des neugeborenen Mädchens ist 53 cm lang, 3650 g schwer, regelmäßig gebildet. Muskulatur und Fettpolster kräftig entwickelt. Oberhaut außer am Rücken und an den Gliedern in Fetzen abgelöst, Hautfarbe schmutzig grünlichgrau, gedunsen, so daß das Kinn auf der Brusthaut ruht. Gelenke beweglich, Fäulnisgeruch deutlich. Kopfhaare leicht herauszuziehen, 15 mm lang. Kopfumfang 35 cm, Längsdurchmesser 10,5 cm, Querdurchmesser 8,5 cm. Knorpel an Ohren und Nase fest. Bindehäute gelblichweiß, Hornhäute ganz durchsichtig. Die Zunge überragt 8 mm die Kieferbögen. Halshaut unversehrt. Schulterbreite 13 cm, Hüftbreite 11 cm. Brust breit, gewölbt. Bauch weich eindrückbar. Im Nabel haftet ein 1 cm langer Nabelschnurrest, derselbe ist weißlich, sulzig und läuft in 2 Fetzen aus. Der Rücken und die untere Hälfte des Körpers ist größtenteils mit festanhaftendem, graugelbem Lehm bedeckt. Die großen Schamlippen bedecken die kleinen. Der After klafft. Die Nägel überragen an den Fingern die Kuppen, an den Zehen nicht. Knochenkern am unteren Ende des Oberschenkelknochens 6 mm groß.

b. Innere Besichtigung.

Die Lungen schwimmen auf dem Wasser, ebenso die einzelnen Teile. Die Farbe ist kupferrot, teils heller, teils dunkler. Schnittfläche gleichmäßig hellbraunrot. An der linken Lunge befinden sich am Unterlappen mehrere erbsengroße Fäulnisblasen. Sonst keine Gasblasen in Brust- und Bauchhöhle. In der Speiseröhre bis hinab zum Zwerchfell schwarzgraue, weiche Fremdkörper und kleine schwarze harte Körnchen. Auch in der Luftröhre einzelne schwarze Körnchen, aber nicht in den Luftröhrenästen der Lunge.

Bauchhöhle:

Der Magen ist deutlich gasgebläht. Bei der Schwimmprobe schwimmen nur 2 Schlingen vom Dünndarm an der Oberfläche. Der Dünndarm ist vollkommen leer, der Dickdarm vollständig mit gelbgrünem Kindspech gefüllt, ebenso der Mastdarm. Leber und linke Niere faulig erweicht.

Kopfhöhle:

Beinhaut des Schädels leicht abziehbar. Gehirn breiig erweicht, es zerfließt bei der Herausnahme.

Epikrise:

Auch hier erlaubte der Fremdkörperbefund in Speiseröhre und Trachea die Annahme, daß das Kind lebend in den Rhein gelangt

war. Aber sicher zu beweisen war die Ertränkung doch nicht, weil zu diesem Fall die Vorgeschichte fehlte. Die Kindesmutter konnte nicht ermittelt werden. Der Sektionsbefund bietet aber allein nicht hinreichend Anhaltspunkte zur vollen Klärung der Schuldfrage.

Äußerlich wurden keine Zeichen einer Gewalteinwirkung gefunden. Das Kind war reif und lebensfähig, es hat Luft geschluckt und geatmet, also gelebt. Eine natürliche Todesursache fehlte.

Der im Nabel haftende Nabelschnurrest war nicht mumifiziert. Auf die Wichtigkeit dieser Feststellung hat besonders F r i t s c h hingewiesen. Er sagt: „Eine Nabelschnur kann bei einer post partum sofort ins Wasser gelangten Leiche nicht mumifizieren. Findet sich also bei einer aus dem Wasser gezogenen Kindsleiche eine mumifizierte Nabelschnur, so muß das Kind später — mindestens 24 Stunden nach seinem Tode — ins Wasser geworfen worden sein."

Fall 9 (Schädelzertrümmerung).

Vorgeschichte.

Am 18. 2. 25 wurde aus dem Rhein am Sporthafen die Leiche eines Neugeborenen gezogen. Die angeordnete Sektion ergab:

a. Äußere Besichtigung.

Die Leiche des männlichen Neugeborenen ist 50 cm lang, 2900 g schwer. Die Haut am Kopf und Rumpf ist gedunsen und fühlt sich polsterig knisternd an. Ihre Farbe ist am Kopf verwaschen, graugrün, am Rumpf schmutzig weiß. An verschiedenen Stellen haftet der Haut schwarze Erde und Teile von Strohhalmen an. Kopfhaar 15 mm lang. Durch die Kopfhaut fühlt man die z e r b r o c h e n e n S c h ä d e l k n o c h e n d u r c h. Die Lider sind gedunsen. Kopfumfang 33, querer Durchmesser 10,5 und Längsdurchmesser 13 cm. Bindehäute graurot, Hornhäute trübe. Mund steht offen. Am Halse vorn läuft quer ein weißer Streifen, welcher nicht rinnenförmig vertieft ist. Er ist 2—3 mm breit und 3 cm lang. Hier fehlt der sonst der Halshaut anhaftende Erdschmutz. Auch an der Hinterseite des Halses ist ein querer Streifen von gleicher Breite und Länge, von graubrauner Farbe. Im Nabel haftet ein 21 cm langer Nabelschnurrest, er ist trocken und grauschwarz. Hoden im Hodensack fühlbar. An den Armen und Beinen reichlich weiße Käseschmiere. Knochenkern 5 mm groß, hellrot.

b. Innere Besichtigung.

Brusthöhle:

Lungen weit zurückgesunken, in den Brusthöhlen kein Erguß. Die Lungen sind außen glatt, gleichmäßig blauviolett, sie fühlen sich überall derb elastisch an. Sie sinken im Wasser vollständig unter, auch einzelne Stückchen sind nicht schwimmfähig. Die Schnittflächen sind glatt, gleichmäßig hellbraun violett. Es läßt sich nur etwas trüber Saft herausquetschen. Die Luftröhren sind leer. In den Gefäßen ist kein Blut.

Bauchhöhle:

Das Bauchfell ist an einzelnen Stellen durch Gasblasen abgehoben. Milz und linke Niere erweisen sich als gashaltig. D e r M a g e n i s t l e i c h t

gebläht und schwimmt, dagegen ist der Dünndarm nicht schwimmfähig. Im Dünndarm gelbbraunes Kindspech, im Dickdarm dunkelgrünes.

Kopfhöhle:

Die Innenfläche der Kopfhaut ist graurot. Auf der linken Seite der Kopfhaut findet sich eine schwarzrote Verfärbung, über dem linken Stirnbein. Das Bindegewebe ist an dieser Stelle bis auf 6 mm durch Blutunterlaufung verdickt. Die Beinhaut des Schädeldaches ist auf dem linken Scheitelbein breit eröffnet und zurückgeschoben, so daß der Schädelknochen in Ausdehnung von 8:6 cm frei liegt. Das linke Scheitelbein zeigt einen dreiteiligen Bruch. Die 3 Strahlen gehen von dem Höcker nach oben vorn zur Kranznaht, nach hinten zur Schuppennaht. Ueber dem rechten Scheitelbein ist die Beinhaut unversehrt. Nach deren Einschneiden zeigt sich ein winkliger Bruch, dessen Schenkel nach vorn oben zur Kranznaht und nach vorn unten zur Schläfennaht ausstrahlen. Das linke Stirnbein zeigt einen winkligen Bruch, dessen Schenkel sich vom Stirnbein nach hinten zur Kranznaht und nach der Mitte zur Pfeilnaht erstrecken. Das Gehirn ist zum größten Teil aus dem klaffenden Spalt des linken Scheitelbeins ausgeflossen. Es ist ein grauroter dünner Brei geworden. In der harten Hirnhaut zeigt sich ein 7 cm langer Riß, parallel dem senkrecht verlaufenden Bruch des linken Scheitelbeins. Sie ist vom Scheitelbein bis zu dessen Nahtverbindungen abgelöst.

Epikrise:

Die Kindesmutter wurde in diesem Falle nicht ermittelt, die Vorgeschichte blieb also ungeklärt, zumal auch der Sektionsbefund keine Schlüsse auf den Geburtsverlauf zuläßt. Das Kind war neugeboren, reif und lebensfähig. Die Leichenöffnung hat keine Luftatmung nachgewiesen, im Magen aber fand sich verschluckte Luft, so daß die Annahme, daß das Kind bei der Geburt gelebt hat, berechtigt ist.

Ist das Kind nun lebend oder tot in den Rhein gelangt? — Das Aussehen der Nabelschnur, die trocken grauschwarz, also mumifiziert ist, beweist, daß die Leiche schon in der Luft gelegen haben muß, mithin das Kind tot ins Wasser gekommen sein muß. Damit ist aber noch nicht gesagt, daß das Kind eines natürlichen Todes gestorben ist. Es wurden Schädelbrüche vorgefunden, die zu der theoretischen Annahme verleiten können, es habe sich um eine Sturzgeburt gehandelt. Diese Annahme ist wohl berechtigt, denn es ist durch die Beobachtungen von Fritsch u. a. erwiesen, daß bei der Sturzgeburt Schädelbrüche vorkommen. Doch ist dabei erfahrungsgemäß die Kopfhaut immer unverletzt, wenn das Kind nicht gerade auf einen spitzen Gegenstand gefallen ist. Und meist liegt ein einfacher, parallel der Pfeilnaht verlaufender Bruch des Scheitelbeins vor. Nun sind hier aber die Schädelbrüche so ausgedehnt — selbst die Beinhaut ist breit eröffnet und das Gehirn im Bereich der linken Schädelfraktur vollkommen zerstört — und

atypisch für eine Sturzgeburt, so daß nur eine gewaltsame Zertrümmerung des Schädels als Todesursache übrig bleibt.

Entscheidend für die Frage, ob vitale oder postmortale Kopfverletzung, ist das ausgedehnte Haematom der Kopfhaut an der Verletzungsstelle, Wäre das nicht gewesen, so hätte man an eine Zertrümmerung des Schädels durch Schiffsschrauben oder dergleichen denken müssen.

Fall 10 (Schädelzertrümmerung).

Vorgeschichte.

Am 31. 5. 10 kam die 25jährige M. mit einem weiblichen Neugeborenen in die Frauenklinik, mit der Angabe, es sei tot geboren. Sie habe auf den Dielen des Klosetts hockend geboren. Das Kind sei hingefallen und die Nabelschnur soll dabei zerrissen sein. Es sei ihr schwindelig geworden und sie sei dann hingefallen. Da der Schädel fühlbar zertrümmert war, erstattete der Arzt Anzeige. Die daraufhin angeordnete Sektion ergab:

a. Äußere Besichtigung.

Die Leiche des weiblichen Neugeborenen zeigt alle Zeichen der Reife. Die Kopfhaut ist violett. Im Gesicht fallen die vielen kleinen Flecke, teils rote Abschürfungen, teils bläuliche Sugillationen auf. Ebenso an der linken Stirn, der Oberlippe und Nase, an der rechten Wange, am rechten Hals, an der rechten Schulter und hinten und außen an beiden Armen. Die Nabelschnur ist 5 cm lang, zerfetzt. In den Conjunktiven sind zahlreiche Petechien.

b. Innere Besichtigung.

Brusthöhle:

Die Lungen sind bis zur Achsellinie zurückgesunken, sie sind lufthaltig, gelbgrauviolett. Sie weisen einzelne Petechien auf und geringe Oedeme. In den Luftröhren findet sich feiner Schaum. In der Trachea und im Larynx hellgrüner Schleim und mekoniumhaltige Flüssigkeit.

Bauchhöhle:

Der Magen schwimmt, enthält Luft und hellgrünen Schleim. Am Pylorus sind dichtstehende 0,5 mm dicke Blutungen. Im oberen Dünndarm ist Luft.

Kopfhöhle:

Über dem ganzen Schädel ein großer geronnener Bluterguß. Die Kopfhaut ist dadurch vollkommen abgehoben. Auf beiden Scheitelbeinen große dreiteilige Brüche, deren Strahlen vom Höcker ausgehend, fast gleich verlaufen. Außerdem auf beiden Scheitelbeinen halbkreisförmige Brüche um die Pfeilnaht, kurz vor der kleinen Fontanelle.

Epikrise:

Nach den Angaben der Kindesmutter soll es sich hier um eine Sturzgeburt handeln! Das Kind ist reif und lebensfähig, auch hat es gelebt, wie die Luftatmung und das Schlucken von Luft beweisen.

Wie aber ist hier die Aussage der Kindesmutter zu verwerten? — Das Kind soll auf die Dielen des Klosetts gefallen sein. Es muß

hierbei die Möglichkeit eines Schädelbruches aus den, bei dem vorhergehenden Fall erwähnten, Gründen zugegeben werden. Aber das Kind fiel nicht aus großer Höhe, denn die Kindesmutter bekundet selbst, daß sie h o c k e n d geboren habe. Es könnte hierbei wohl ein einfacher, ein wie auch hier das Scheitelbein betreffender Bruch zustande kommen, selbst das muß noch zugegeben werden. Jedoch deutet der Sektionsbefund — dreiteilige Brüche beider Scheitelbeine und ein großer geronnener Bluterguß, der um den ganzen Schädel geht und die Kopfhaut vollkommen abgehoben hat — schon auf eine größere Gewalt hin, als das Auffallen aus nur geringer Höhe. Auffallend sind zudem auch noch die vielen kleinen roten Abschürfungen und Sugillationen, wahrscheinlich Druck- und Kratzspuren. Diese befinden sich im Gesicht, am Hals, an der Schulter und an beiden Armen. Wollte man die Spuren auf Selbsthilfe beziehen erfahrungsgemäß kommen ja bei der Selbsthilfe Druck- und Kratzspuren vor —, so spricht aber schon der ausgedehnte Befund dagegen, ebenso auch das Gebären im Hocken. Wahrscheinlich ist hier, daß dem Kinde der Schädel gewaltsam eingeschlagen worden ist und daß die Druck- und Kratzspuren eine Folge der Manipulationen bei der Ausführung des Verbrechens sind.

Fall 11 (Würgen und Schädelzertrümmerung).

Vorgeschichte.

Die 27jährige Kindesmutter war 3 Jahre als Dienstmädchen in Stellung. Sie hatte ihre Schwangerschaft verheimlicht. Am 3. 10. 30 abends Wehenbeginn, gegen Morgen ging sie wegen Stuhldrangs aufs Klosett, dort Geburt ins Becken. Sie habe die Nabelschnur abgerissen, das Kind sei tot gewesen. Dann habe sie es in einen Karton gepackt und sich ins Bett gelegt. Die Hausfrau schickte zum Arzt, der das Kind sah. Die von ihm angeforderte Sektion ergab:

a. Äußere Besichtigung.

Die Leiche des reifen Neugeborenen ist 50 cm lang, 2700 g schwer. Hautfarbe hellgraurötlich. Ernährungszustand mäßig. Kopfhaar 15 mm lang. Bindehäute rötlich, Petechien in der oberen Falte. Knorpel an Ohren und Nase fest. Aus dem Mund entfließt Blut. Hals weißblaurot mit W ü r g e s p u r e n, rechts kleine A b s c h ü r f u n g e n und N a g e l e i n d r ü c k e. Große B l u t u n t e r l a u f u n g e n zu beiden Seiten des Kehlkopfes bis hinauf zu den Kieferwinkeln, hier beiderseits haselnußgroße G e w e b s r i s s e, mit Blut erfüllt. Schulterbreite 10 cm, Hüftbreite 7 cm. Nabelschnurrest 5 cm, am freien Ende fetzig. Auf dem Rücken Käseschmiere. Knochenkern 3 mm.

b. Innere Besichtigung.

Brusthöhle:

Die Lungen wölben sich vor, sind voll entfaltet, polsterig knisternd und schwimmen. Ihre Farbe ist graurot und gelbrot, die Schnittfläche braunrot.

Überall Petechien, kein interstitielles Emphysem. Die Luftröhren sind voll blutigen Schleims und Schaums. Zunge und Schlund hellrot.

Bauchhöhle:

Der Magen ist allein schwimmfähig, er enthält außer Luft noch blutigen Schleim. In der oberen Hälfte des Dünndarms dunkelroter, schleimiger Inhalt, sonst gelbes Kindspech, im Dickdarm und Mastdarm dunkelgrünes Kindspech.

Kopfhöhle:

Kopfhaut auf der ganzen rechten Hälfte schwarzrot. Kephalhämatome beider Scheitelbeine. Am rechten Scheitelbein, vom Tuber ausgehend, ein Bruch nach oben zur Pfeilnaht, einer nach rechts zur Kranznaht und zwei nach hinten zur Schuppennaht. Im linken Scheitelbein ein rechtwinkliger Bruch, dessen einer Schenkel nach oben, dessen anderer nach vorn zur Naht geht. Die Schuppe des Hinterhaupts ist quer in der Mitte durchgebrochen. Alle Brüche sind mit einer Blutschicht bedeckt. Die weiche Hirnhaut ist fast schwarzrot, durch blutige Durchtränkung. Großhirn mit linsengroßen Blutungen. Um das ganze Gehirn ein Blutmantel.

Epikrise:

Nicht selten begnügt sich die Kindesmörderin nicht mit einer Art des Angriffs auf das Leben des Kindes. Sie schreitet, wenn sie ihr Ziel, die Vernichtung des Lebens, nicht sofort erreicht zu haben glaubt, zu einer anderen Tötungsart. Der vorliegende Fall zeigt, daß nach vorherigem Erwürgen dem Kinde der Schädel zertrümmert wurde.

Das reife, lebensfähige Neugeborene hat gelebt, wie die Sektion ergab. Bei Vornahme derselben lag das Geständnis der Kindesmutter noch nicht vor, es wird hier interessieren.

Die Kindesmutter war seit 3 Jahren als Dienstmagd beim Wirt S. tätig. Sie lernte ihren Schwängerer auf einem Spaziergang kennen, weiß aber nicht einmal seinen Namen. Im Laufe des Sommers hat sie dann nochmals verkehrt und auch schon früher. Seit Ausbleiben der Menses im März wußte sie um ihre Schwangerschaft, stritt sie aber ab. Am 14. 10., als sie morgens herunterkam, hatte sie heftige Wehen, die sie als Stuhldrang deutete. Sie ging daher aufs Klosett. Das Kind fiel in den Trichter, sie nahm es heraus und drückte ihm den Hals zu. Da das Kind alsdann noch lauter schrie, schlug sie es mit dem Kopf auf den Spülstein. Dann nahm sie die Leiche mit auf ihr Zimmer und legte sie in eine Pappschachtel. Die Nachgeburt ist durchs Spülklosett fortgegangen. Sie selbst meldete sich dann krank und legte sich hin. Sie wehrte sich gegen das Holen des Arztes, der dann aber doch kam und das Puerperium feststellte. Die Absicht der Tötung ist infolge dieses Geständnisses einwandfrei erwiesen. Der Umstand, daß die Kindesmutter — nachdem das Erwürgen ihr nicht den gewünschten Erfolg brachte — dem Kinde

den Schädel zertrümmerte, beweist auch die Vorsätzlichkeit. Die eigentliche Todesursache wird in der Schädelzertrümmerung zu suchen sein, denn das Kind hatte vorher noch geschrien, also auch noch gelebt.

Fall 12 (Nadelstich in den Kopf, Meningitis).

Vorgeschichte.

Die Angeschuldigte F., welche seit dem 3. 9. 11 als Dienstmädchen im Hotel C. in Stellung gewesen ist, hat in der Nacht zum 23. 1. 12 einem Kinde weiblichen Geschlechts das Leben gegeben. Als sie am 23. morgens 7½ Uhr den Dienst nicht aufgenommen hatte, begab der Hausdiener sich auf ihr Zimmer, wo er eine große Blutlache fand und ein Kind im Schließkorbe schreien hörte. Die Angeschuldigte selbst lag im Bett und stöhnte. Der Hausdiener durchschnitt die Ösen des verschlossenen Korbes und fand darin ein neugeborenes, noch lebendes Kind. Mutter und Kind wurden dann nach den städtischen Krankenanstalten überführt, wo das Kind am 24. 1. nachmittags 8,30 Uhr starb. Die gerichtliche Sektion ergab:

a. Äußere Besichtigung.

Die Leiche des weiblichen Kindes ist 47 cm lang, 2400 g schwer. Das Alter beträgt 36 Stunden. Geringe Entwicklung des Muskel- und Fettgewebes. An den Gliedern noch Leichenstarre. Fäulnisgeruch fehlt. Hautfarbe an der Vorderfläche gelblichweiß, an der Rückfläche rotviolette Totenflecke. Kopfumfang 32 cm, Querdurchmesser 8,2 cm, Längsdurchmesser 11 cm, 1,5 cm lange Haare. Auf der Scheitelhöhe befinden sich zahlreiche Kratzstellen, teils rund, teils länglich geformt. Die runden 1—2 cm groß, die länglichen 3—9 mm. An ihnen fehlt die Oberhaut, Farbe dunkelrot. 7 cm über dem linken Gehörgang finden sich 3 querverlaufende 6—8 mm lange, gerade feine Zusammenhangstrennungen der obersten Hautschichten. Ihre nächste Umgebung ist mit eingetrocknetem Blut bedeckt. Die Ränder sind nicht ganz scharf, die Breite beträgt weniger als 1 mm. Mit der Lupe betrachtet sind sie feinzackig, die Winkel nicht ganz spitz. 7 cm. über dem rechten Gehörgang findet sich ein 2 mm großer, länglicher schwarzroter Schorf, welcher von einer Gruppe hellroter, ganz oberflächlicher Hautabschürfungen umgeben ist. Unter dem Schorf fühlt man einen spitzen Fremdkörper. Stirn und Gesichtshaut eigentümlich gelblich verfärbt. Öffnungen von Nase, Ohren und Mund ohne Fremdkörper. Mitten auf der rechten Wange und auf der Vorderfläche des Kinns findet sich eine 1—2 cm große, hellrote Eintrocknung der Haut. Am Halse keine Verletzung. Im Nabel, der bereits trockene 3 cm lange Nabelschnurrest mit Unterbindungsschlinge, freies Ende glatt. Knochenkern 3 mm.

b. Innere Besichtigung.

Brusthöhle:

Lungenränder 2 cm auseinander, in der Brusthöhle kein Erguß. Beide Lungen lufthaltig, gelbrot und graurot. Schnittfläche hellbraunrot und auf Druck tritt weißlicher Schaum hervor.

Bauchhöhle:

Magen enthält zähen, gelbgrauen, glasigen Schleim, ebenfalls das Duodenum. Im Dünndarm wenig goldgelber, dünnbreiiger Inhalt. Im Dickdarm ein Gemisch von trockenen weißlichen Bröckeln und dunkelgrünem Mekonium.

Kopfhöhle:

Die Innenfläche der Kopfhaut ist gelbrot. Auf dem Stirnbein, übergreifend auf die Scheitelbeine, eine 9:7 cm große blutige Durchtränkung, welche sich bis auf die Beinhaut des Schädeldaches erstreckt. Entsprechend dem erwähnten Schorf findet sich an der Innenfläche eine runde, schwarzrote 5 mm große Stelle, in der Mitte ein unregelmäßiges 2 mm großes Loch. Die Sonde dringt nicht in der ganzen Tiefe der Kopfhaut durch das Loch hindurch. Im oberen Winkel des rechten Stirnbeins, dicht am Rande der großen Fontanelle, 1,5 cm von der Mittellinie entfernt ragt eine eiserne nadelartige Spitze 5 mm weit vor nach außen, in der Richtung nach vorn und oben. Beim Abheben des Schädeldaches vom Gehirn bleibt eine 5,5 cm lange Stopfnadel im Schädel sitzen, Schädeldach sonst unverletzt, harte Hirnhaut fest daran haftend. Zwischen weicher und harter Hirnhaut umgibt eine dünne Blutschicht das Gehirn. Im Gewebe der Pia sieht man am Schläfen- und Hinterhauptslappen eine 8:5 cm große blutige Durchtränkung, Pia rechts matt und glanzlos. In einzelnen Furchen befindet sich gelber Eiter. Die Nadel ist an der Grenze zwischen Stirn- und Seitenlappen in der Richtung nach hinten unten in das Großhirn eingedrungen. An der Eintrittsstelle findet sich ein 5 mm großer Bluterguß der weichen Hirnhaut. Von dieser Stelle ausgehend, findet sich im Mark des rechten Großhirns eine mit geronnenem Blut ausgefüllte Höhle, die durch eine breite Öffnung mit der rechten Seitenkammer verbunden ist. Die Wand der Höhle ist erweicht und dunkelrot gefärbt, ihre Ausdehnung entspricht der Länge der Nadel. Beide Seitenkammern enthalten blutige Flüssigkeit. Die Gehirnknoten rechts sind gelbrötlich erweicht, sonst keine Veränderungen am Gehirn.

Epikrise:

Die Todesursache ist in der eitrigen Entzündung der Hirnhaut und der starken Verletzung des Gehirns zu suchen. Die tödlichen Verletzungen sind durch die bei der Sektion vorgefundene Stopfnadel bewirkt worden.

Das Urteil der 5. Strafkammer liegt hier vor, welches ich im Auszug anführe: Die F. wurde laut § 217 zu einem Jahr Gefängnis verurteilt. Begründung: sie hatte ihren schwangeren Zustand gekannt und hatte auch schon vor der Geburt die Absicht, das zu erwartende Kind aus dem Leben zu schaffen. Die raffinierte Art, mit der sie die Nadel so versteckt eingetrieben hatte, daß diese erst bei der Sektion entdeckt wurde, und die zugegebene Tatsache, daß sie von dem Verfahren mit der Nadel gehört hatte, lassen mit aller Bestimmtheit auf überlegtes Handeln schließen.

Die Aufdeckung dieses Verbrechens ist selbst unter Umständen durch eine Sektion noch äußerst schwierig. Andererseits ist die

Ausführung eine sehr leichte, rasche und sichere Aussicht auf Erfolg versprechende. Daß diese Tötungsart nur einmal unter den 50 Fällen vorkam, spricht für das unüberlegte und primitive Handeln der übrigen Kindsmörderinnen. Es ist daher wohl verwunderlich, daß die F. so relativ milde bestraft wurde.

Ich habe, soweit es mir möglich war, aus den 50 Fällen von Kindesmord die angeführt, bei denen die Vorgeschichte erhoben werden konnte, da diese meist wesentlich zur Klärung des Tatbestandes beiträgt. Auch in den nicht näher beschriebenen Fällen war der Sachverhalt ein gleicher oder ähnlicher. Kindestötung und Tötungsabsicht wurde stets einwandfrei nachgewiesen.

Bei der Beurteilung darf man aber nie vergessen, daß das sachverständige Gutachten nur ein Teil — allerdings ein sehr wichtiger — der Beweise ist. Der Arzt entscheidet nicht über schuldig oder unschuldig, sondern eine ganze Reihe Nebenumstände liefert den Geschworenen die Grundlage zu ihrem Urteilsspruch. So kann es vorkommen, daß der medizinische Sachverständige auf Grund des Obduktionsbefundes kein bestimmtes Gutachten abgeben kann. Er muß vielleicht zum Kummer des Staatsanwaltes mehrere Möglichkeiten offen lassen. Dann hat er aber wenigstens, wie F r i t s c h sagt: „Die Beruhigung, daß sein unbestimmtes Gutachten immer eher eine Schuldige befreien als eine Unschuldige belasten wird. Und gäbe es wohl ein Verbrechen, bei dem die Befreiung einer Schuldigen verzeihlicher wäre?“

Auch haben sich, wie schon eingangs erwähnt, allein 54 Fälle von Kindestod hier in Düsseldorf, bei denen der Verdacht auf Kindesmord oder fahrlässiger Tötung auftauchte, als auf natürliche Weise zustande gekommen erwiesen. Die, nicht immer gleich ins Auge fallenden, Ursachen dieses Todes zu erkennen, ist meines Erachtens für den Arzt von größter Wichtigkeit. Nur dann kann er dazu beitragen, die unschuldig Angeklagten von dem schweren Verdacht des Kindesmordes zu befreien. Die verschiedenen Ursachen können sein:

1. Strangulation durch die Nabelschnur,
2. Blutung in den Schädelraum,
3. Fruchtwasseraspiration,
4. Erstickung durch Schleimpfropf in der Geburt,
5. Spontantod an Bronchitis,
6. plötzlicher Tod, bald nach der Geburt, ohne anatomisch feststellbare Ursache.

Besonders interessant sind für den Gutachter vielleicht die Fälle von Spontantod an Bronchitis. Ich führe daher einen typischen Fall dieser Art hier an:

Vorgeschichte.

Die Hausangestellte D. hatte am 30. 10. 30 abends Wehen bekommen, die sie aber in ihrer Unerfahrenheit als Leibschmerzen deutete. Am 31. 10. morgens um 4 Uhr bekam sie Austreibungswehen, die sie aber für Stuhldrang hielt. Sie suchte den Abort auf und gebar das Kind in den Aborttrichter. Sie will es gleich bemerkt haben und das Kind herausgezogen haben. Sie trug es in ihr Bett und deckte es mit dem Oberbett zu. Sie ging dann an ihre Arbeit. Als sie nach etwa einer Stunde nach dem Kinde sah, war es schon tot. Die Obduktion ergab:

a. Äußere Besichtigung.

Die Leiche des männlichen Neugeborenen ist 51 cm lang, 3100 g schwer. Körperbau regelmäßig. Leichenstarre fehlt, ebenso Fäulnisgeruch. Hautfarbe allgemein rötlichweiß, keine ausgesprochene Bildung von Totenflecken. Kopfumfang 34, Längsdurchmesser 11, Querdurchmesser 8, Schulterbreite 13 und Hüftbreite 9 cm. Kopf ist mit 2 cm langen, hellbraunen Haaren bedeckt. Keine Kopfgeschwulst. Knorpel an Nase und Ohren fest. Bindehaut hellrot, Sehlöcher je 2 mm weit. Lippenschleimhaut graurot. Die Zunge überragt 0,5 cm die Kieferbögen. Hals mit rötlich weißer, zarter Haut. An der linken Halsseite 1 cm über der Mitte des Schlüsselbeines eine 3:2 mm große, dunkelrote Hautabschürfung. Brust gewölbt, Bauch weich, eindrückbar. Im Nabel haftet ein 15 cm langer Nabelschnurrest, dessen freies Ende eingetrocknet und ziemlich glatt und quer abgetrennt ist. Die Hoden sind im Hodensack fühlbar, der After klafft, seine Umgebung ist mit Kindspech bedeckt. Knochenkern 7 mm groß, dunkelrot. Verletzungen wurden nicht gefunden.

b. Innere Besichtigung.

Brusthöhle:

Die Lungen sind schwimmfähig, sie fühlen sich weich polsterig an, sind außen glatt, buntscheckig grau- und blaurot. Schnittfläche dunkelrot. Bei Druck quillt feinschaumige Flüssigkeit auf und aus den durchschnittenen Luftröhrenästen je ein Tropfen trüben, grauen Schleims. Beim Aufschneiden der Luftröhren sind diese erfüllt mit grauem Schleim. Die Schleimhäute selbst sind durchsichtig, hellrot. Die Lungengefäße enthalten reichlich flüssiges Blut.

Bauchhöhle:

Bei der Magen- und Darmschwimmprobe erweisen sich Magen- und gesamter Darm als schwimmfähig. Nur ein 5 cm langer Abschnitt des absteigenden Dickdarms sinkt unter, während der anschließende untere Abschnitt wieder schwimmfähig ist. Der Magen enthält große Luftblasen und grauen Schleim. Schleimhaut rötlichweiß. Im Dünndarm hellgrauweiße weiche Massen, schleimartig. Im Dickdarm dunkelgrünes Kindspech, ebenso im Mastdarm.

Tod an Bronchitis.

Epikrise:

Es wurden keine Zeichen einer Gewalteinwirkung, einer Erstickung gefunden. Die Schürfung am Schlüsselbein kann auch eine einfache Vertrocknung der Haut durch oberflächliche Beschädigung derselben durch derbes Anfassen sein. Vorsätzliche Tötung kann nicht angenommen werden.

Die Angaben der Kindesmutter über den Verlauf der Geburt sind glaubwürdig. Es handelt sich hier um eine Erstgebärende — diesen ist im allgemeinen der Vorgang der Geburt noch unbekannt — sie deuten vielfach die Eröffnungswehen als Leibschmerzen und die Austreibungswehen als äußerst heftigen Stuhldrang.

Die D. ging nicht mit dem Vorsatz auf den Abort, um ihr Kind dort zu gebären und im Aborttrichter zu ersticken, sondern weil sie starken Stuhldrang verspürte und die Wehen verkannte.

Aus demselben Grunde kann auch der Vorwurf der fahrlässigen Tötung strittig sein. Das Kind ist nicht ausschließlich wegen Unterlassung der Pflege gestorben, sondern die durch die Abortgeburt bedingten Schädlichkeiten sind für die Entstehung der Bronchitis verantwortlich zu machen, die den schnellen Tod herbeiführte.

Früher, als man sich noch mit der makroskopischen Besichtigung der Lungen begnügte, fielen diese Fälle — wenn nicht bei der Obduktion ein als Todesursache in Frage kommender Nebenbefund erhoben wurde — unter die Rubrik: „plötzlicher Tod bald nach der Geburt ohne feststellbare Ursache". Neuerdings gibt es aber eine ganze Reihe Autoren, die gleiche Fälle beobachtet und als Bronchitistod diagnostiziert haben. So schreibt M ö n c k e b e r g darüber: „Die katarrhalische Bronchitis lokalisiert sich im Kindesalter mit Vorliebe in den kleinsten Bronchien und H e u b n e r bezeichnet diese ‚akute Kapillarbronchitis' als ein beinahe alleiniges Ereignis im Kindesalter."

Über die Entstehung der Bronchiolitis äußert sich E n g e l wie folgt: „Die Bronchiolitis entsteht nicht durch Weiterschreiten eines Katarrhs der oberen Luftwege. Man muß sich vorstellen, daß unter gewissen, noch nicht näher bekannten Bedingungen plötzlich, gewissermaßen schlagartig die feinen Bronchien und Bronchiolen ergriffen werden" und meint dann weiter: „Vielleicht liegen die Verhältnisse ähnlich wie bei der Pneumonie, wo wir ja annehmen, daß die Lunge durch eine frühere Infektion allergisiert sei." Auch S a u e r und W a l c h e r schreiben über ähnliche, plötzlich durch Bronchitis ad exitum gekommene Fälle.

Auch an der Düsseldorfer Frauenklinik sind die Todesfälle an Bronchitis näher studiert worden und die Ergebnisse sind jüngst in einer Dissertation zusammengefaßt worden.

Immerhin ist in solchen Fällen auch noch die Frage zu erörtern, ob eine fahrlässige Tötung vorliegt, das Reichsgericht erblickt nämlich schon im Unterlassen jeglicher Vorbereitung eine Fahrlässigkeit, und selbst das Verheimlichen der Schwangerschaft ist unter Umständen fahrlässig.

In dem vorliegenden Falle verkannte die Kindesmutter ihren Zustand vollkommen. Die Möglichkeit dieser Tatsache muß vom medizinischen Standpunkt aus zugegeben werden, wenn es sich wie hier um eine Erstgebärende handelt. Man kann dann dieselbe nicht anklagen, daß sie es unterließ, die Geburt, die sie noch gar nicht erwartete, vorzubereiten. Daß sie aber ihre Schwangerschaft verheimlichte, geschah sicherlich aus Furcht, andernfalls ihre Arbeitsstelle und somit auch ihren Lebensunterhalt zu verlieren. Eine Furcht, die bei den herrschenden Ansichten über Sitte und Moral nur zu begründet war und einem natürlichen Erhaltungstrieb entsprang.

Wie aus dem vorliegenden Material hervorgeht, ist die häufigst angewandte Methode beim Kindesmord die Behinderung der Atmung. Eine Methode, von Unerfahrenen oft instinktiv angewandt und oft in besonders raffinierter und geschickter Weise die Spuren des Verbrechens verdeckend, so daß es vielfach unmöglich ist, der Kindesmutter die Schuld nachzuweisen. Die verschiedensten Modifikationen, wie Ersticken durch Bett oder Knebel, Erwürgen, Erdrosseln und Ertränken kamen hierbei zur Anwendung. Zum besseren Verständnis sei noch erwähnt, daß der Arzt den Erstickungstod als Tod infolge Sauerstoffmangels charakterisiert, der Jurist und Laie aber als einen Tod, der durch gewaltsame Verlegung der Atemwege bewirkt wird. Also kommen für den Gerichtsmediziner auch nur Fälle in Betracht, wo der Tod durch aktive Erstickung herbeigeführt wurde (Fritsch). Dies gilt sowohl für die Tötung durch Ersticken durch Bedecken als auch durch Erwürgen und Erdrosseln und in weiterem Sinne auch für das Ertränken. Denn bei diesen Tötungsarten liegt immer eine gewaltsame Behinderung der Atmung vor. Fritsch schreibt hierzu wie folgt: „Sobald das Kind zu schreien versucht, hält die Mutter aus Angst vor der Entdeckung dem Kinde solange den Mund zu, bis es erstickt. Oder aber sie steckt ihm den Finger oder einen Fremdkörper — wie Fall 1 und 2 zeigen — in den Hals oder drückt auf den Hals — hier in Fall 3 und 4 —, hält die Hände auf das Gesicht und zwar so lange, bis das Kind sich nicht mehr bewegt. Als weitere Methoden dieser Tötungsart sind bekannt: das Zusammenpressen des Thorax, Daraufliegen des Bettes, Festeinwickeln in Decken oder Kleidungsstücke, Einpacken in kleine Kisten, einen Korb oder Eimer, Topf oder Schublade, ja selbst Zusammendrücken zwischen den Beinen, wo

das Kind liegend geboren wurde und schließlich noch das Daraufliegen mit dem eigenen Körper. Die Entscheidung nun, ob Kindesmord oder fahrlässige Tötung oder natürlicher Tod vorliegt, ist in diesen Fällen besonders schwierig.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit noch auf die wichtige Rolle hinweisen, die nach den von mir durchgesehenen Akten dem zuerst zugezogenen Arzt zufällt. In den meisten von mir besprochenen Fällen wurde der nächstwohnende Arzt zu der verheimlichten Geburt gerufen. Er muß alsdann sogleich die Kindesleiche genauer besichtigen und der Polizei die nächsten Anleitungen geben. Seine Sorge für die Puerpera wird sich meist darauf beschränken, daß er deren Überführung in ein Krankenhaus veranlaßt.

Die Entscheidung über die eigentliche Todesursache läßt sich selbstverständlich erst nach der Obduktion fällen. Aber vielfach deutet schon die einfache Leichenbesichtigung darauf hin (Strangwerkzeuge, Würgemale usw.). Leicht ist diese Entscheidung bei Fällen von Kindestötung durch wüste Schädelzertrümmerung — in Düsseldorf 18% der Gesamtzahl, eingerechnet die 2% von Kindesmord durch Erwürgen mit Schädelzertrümmerung, da letztere doch als die Todesursache anzusprechen ist. Für die forensische Beurteilung dieser Fälle ist die schon eingangs erwähnte Tatsache wichtig, daß erfahrungsgemäß gerade die Kindsmörderin mit einem Aufwand von Kraft zu Werke geht, der den gewünschten Erfolg bei weitem übertrifft. Zunächst spricht dieser Umstand nach F r i t s c h gegen eine „Prämeditation des Mordes". Dann aber können Zweifel bei der Größe der Verletzung weniger aufkommen. Und selbst Einwände der Kindsmörderin wie: sie habe das Kind im Stehen geboren, dieses sei mit dem Kopf aufgeschlagen und müsse sich dabei die Verletzungen zugezogen haben, lassen sich eher widerlegen. Denn wenn der ganze Schädel zertrümmert ist, also mehrere Knochen Frakturen aufweisen, dann kann es sich schwerlich um eine Geburtsverletzung oder um eine Verletzung durch einmaliges Auffallen des Schädels handeln.

Ein Beispiel zu der Tötungsart des zuletzt angeführten Falles schildert Dr. B i h l e r in seinem Aufsatz „Sechsfacher Kindesmord durch Einstechen einer Hutnadel in den Kopf." Die Täterin war hier allerdings keine uneheliche Mutter, sondern ein 14jähriges Kindermädchen. Es lag daher wohl eher der strafrechtliche Tatbestand des Mordes vor. B i h l e r schreibt in diesem Aufsatz: „Merkwürdigerweise sind die Angaben in der Fachliteratur über diese Tötungsart sehr spärlich und zwar gerade in der neueren." Den Grund hierfür sieht er darin, daß solche Verbrechen sehr selten sind, oder aber, daß sie nicht so leicht entdeckt werden. Er nimmt an, daß den Behörden eine solche Methode weniger, in Volkskreisen

aber weit mehr bekannt ist und ausgeübt wird. Dafür spreche ihre häufige Verwertung im Roman und in der Sage. Er führt dann weiter einige Beispiele aus diesem Zweig der Literatur an.

Bei der Wahl der Tötungsart spielt neben der Individualität der Mutter auch gewissermaßen der ortsübliche Brauch eine große Rolle. Es ist sicher, daß das Milieu — die sozialen Verhältnisse und der Bildungsstand größerer Bevölkerungsschichten — einen Einfluß auf die Form der innerhalb desselben vorkommenden Kindesmorde ausübt. Bald tritt mehr die Neigung zu direkter, brutaler Gewalttätigkeit, bald mehr Raffinement in der Ausübung des Verbrechens zu Tage. Skreczka zeigt dies an Hand einer Gegenüberstellung der Ergebnisse der gerichtlichen Obduktionen Neugeborener in der Provinz Schlesien und der Provinz Brandenburg.

Bemerkenswert ist es, daß sich in den Düsseldorfer Akten nicht ein Fall von Kindestötung nach der sogenannten „japanischen Methode" vorfand. Diese besteht darin, daß man das Neugeborene eine längere Zeit ungeschützt der Kälte aussetzt. Und da ja bekanntlich die Oberfläche im Verhältnis zum Gewicht beim Kinde und zumal beim Neugeborenen eine ungleich größere ist, als beim Erwachsenen, ist der Wärmeverlust ein so enormer, daß das Kind absterben muß. Allerdings muß man daran denken, daß diese Tötungsart schwer und, wenn die Kindsmörderin sich nicht selbst verrät, fast unmöglich zu entdecken ist. Doch spricht eben das völlige Fehlen dieser raffinierten, mit kalter Überlegung ausgeführten Methode für das primitive, unüberlegte und meist verzweifelte Handeln der Kindsmörderinnen hier in Düsseldorf. Daher ist auch die milde Beurteilung des an sich so verabscheuenswürdigen Verbrechens verständlicher.

Auffallend ist weiter, daß von all den Fällen von Kindesmord kein einziger aus dem letzten Jahr (1933) stammt. Wahrscheinlich macht sich auch auf diesem traurigen Gebiete schon der erzieherische Einfluß des neuen Staates bemerkbar, dessen Ziel es ja ist, den Deutschen wieder zu einem verantwortungsbewußten Menschen zu machen. Und nicht zum geringsten Teil wird die Hebung der allgemeinen wirtschaftlichen Notlage breitester Volksschichten zu diesem sicherlich sehr erfreulichen Ergebnis beigetragen haben. Da auch auf vielen anderen Gebieten ein wesentlicher Umschwung in der geistigen Anschauung des Deutschen Volkes festzustellen ist, kann es sich auch bei meiner Feststellung wohl kaum um einen Zufall handeln.

Die Art und Weise, wie sich ein Volksleben gestaltet, ist Ausdruck der Stellungnahme des Volkes zu den Grundfragen des Lebens. Das wichtigste Problem, zu dem jedes Volk Stellung nehmen muß, ist die Mutter, die Mutter im weitesten Sinne. Sie ist die Trägerin

der Erbmasse und Erzieherin des Volkes, die Brücke von der Vergangenheit zur Gegenwart und Zukunft. Wohl gilt auch im neuen Staate die Familie als Grundpfeiler desselben. Sie wird daher auch in größtem Maße gefördert. Aber auch für die uneheliche Mutter und ihr Kind sorgt das Volk, das dringender denn je gesunden Nachwuchs braucht in Erkennung der natürlichen Verhältnisse, daß Erbgesundheit, Rassenpflege und Volksgesundheit wesentliche Stützen des Staates sind. Aus diesen Gedankengängen heraus entstand das große Hilfswerk, die Fürsorge für Mutter und Kind. Dieses Werk soll auch die uneheliche Mutter erfassen, auch bei ihr den Willen zum Kind wieder beleben und erstarken, und andererseits ihr auch wirtschaftlich helfen, damit sie nicht, wie bisher so häufig, durch Hohn, Verachtung und vor allem wirtschaftliche Not zur Verzweiflung getrieben, zur Mörderin ihres eigenen Kindes wird.

Der Erreichung dieses Zieles kann der Arzt als führender Mitarbeiter dienen. Wie aus manchen Akten hervorgeht, sucht die Kindesmörderin zu Beginn ihrer Schwangerschaft den Arzt auf. Er hat nun die wundervolle Aufgabe, diese Frauen aufzuklären über das große Wunder der Menschwerdung. Er muß sie überzeugen und warnen, daß es ein furchtbares Verbrechen ist, Leben zu vernichten, welches stets eine hohe Gefängnisstrafe und somit wirkliche Schande und die Verachtung der Mitmenschen nach sich zieht. Andererseits wird er sie aber auch auf die wirtschaftlichen Hilfsaktionen, die der Staat auch ihnen zukommen läßt, hinweisen, daß das große Mutterhilfswerk für jede Mutter, ob ehelich oder unehelich, gleich eintritt und daß auch für sie das Wort des Führers gilt, „die Mutter ist die wichtigste Staatsbürgerin".

Dies neue Hilfswerk zeichnet sich dadurch aus, daß es neben der Entbindungs- und Wöchnerinnenfürsorge, auf der bisher der Ton lag, die Schwangerenfürsorge besonders in den Vordergrund rückt. Denn die Erfahrung hat gelehrt, daß gerade die uneheliche Schwangere am allerwenigsten geneigt ist, auf ihren Zustand Rücksicht zu nehmen und sich oft auch durch die Verhältnisse gezwungen glaubt, ihre Schwangerschaft so lange wie möglich zu verheimlichen.

Der Arzt kann sich nun hier im wahrsten Sinne des Wortes als Erzieher unseres Volkes erweisen. Seine Aufgabe ist es, nicht nur den kranken Körper zu heilen, sondern dem Menschen auch in all seinen sonstigen Nöten mit Rat und Tat beizustehen. Das „Sich mitten unter die Kranken und Ratsuchenden stellen" und in ihrer Sprache, ihrem Verständnis angepaßt, von wirklicher Hilfsbereitschaft getragen, um das Verständnis mit ihnen zu ringen, sei seine heiligste Aufgabe.

Schrifttum.

Fritsch, H.:
Gerichtsärztliche Geburtshilfe.

Frank, R.:
„Das Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich." 1925. Tübingen J. C. B. Mohr.

Engel, N.:
Erkrankungen der Respirationsorgane. Handbuch der Kinder-Heil-Kunde von Pfaundler und Schloßmann 1931, 3. Band.

Sauer, M.:
Scheinbar gewaltsamer Tod durch Erstickung bei Säuglingen. Beiträge zur gerichtlichen Medizin, herausgegeben von Prof. A. Haberda. Band 8.

Mönckeberg, J. G.:
Die Pathologie der Gewebe im Kindesalter. Handbuch der allg. Path. u. path. Anat. des Kindesalters. 1. Band.

Haberda, A.:
Zur Lehre vom Kindesmord. Beitrag zur gerichtlichen Medizin 1. 1911. Wien.

Straßmann, G.:
Beiträge zur Lehre vom Kindesmord v. Priv.-Doz. Med.-Rat Dr. Georg Straßmann, Breslau (aus dem gerichtsärztlichen Institut Breslau, Direktor Prof. Dr. E. Ziemke).

Bihler, E.:
Sechsfacher Kindesmord durch Einstechen einer Hutnadel in den Kopf. München.

Schmidtmann, A.:
Handbuch der gerichtlichen Medizin. Berlin 1905, Verlag: August Hirschwald.

Zum Schluß möchte ich Herrn Professor Dr. Berg für die Überlassung des Themas und die freundliche Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank aussprechen.

Lebenslauf.

Ich wurde am 18. 2. 1906 als Tochter des Kaufmanns Philipp Rennebaum zu Gladbeck in Westfalen geboren. Nach 4jährigem Besuch der Volksschule kam ich auf das dortige Lyzeum, welches später zur Deutschen Oberschule aufgebaut wurde. An derselben bestand ich am 2. 3. 1928 die Reifeprüfung, nachdem ich zwischendurch noch ein Jahr die Frauenschule in Reichenhall besuchte. Mein medizinisches Studium begann ich am 1. 4. 1928. Ich besuchte nacheinander die Universitäten: München, Münster, Bonn (hier legte ich am 2. 8. 1930 die ärztliche Vorprüfung ab), Innsbruck, Düsseldorf, Bonn und wieder Düsseldorf. Am 27. 11. 1933 vollendete ich an der medizinischen Akademie zu Düsseldorf das Staatsexamen. Vom 27. 12. 1933 bis zum 1. 10. 1934 war ich als Medizinalpraktikantin in der Kinderklinik der städtischen Krankenanstalten von Düsseldorf tätig. Vom 1. 10. 1934 bis heute arbeitete ich in dem Krankenhaus für tuberkulöse Frauen zu Römhild, zunächst noch als Medizinalpraktikantin und nach meiner am 27. 12. 1934 erfolgten Approbation als Assistentin.

Eleonora Rennebaum.

Druck von August Oberreuter, Spezialdruckerei für Dissertationen, Zeulenroda.